

Cześć I

Wniosek grupowej praktyki o wpis zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku

1. numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany)																									
2. organ prowadzący rejestr	P - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kod izby nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych																								
3. Forma organizacyjno-prawna spółki																									
Spółka cywilna <input type="checkbox"/>	Spółka jawna <input type="checkbox"/> Spółka partnerska <input type="checkbox"/>																								
4. Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców prowadzących działalność leczniczą:																									
5. numer REGON																									
6. Numer NIP grupowej praktyki	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																								
7. Reprezentowana przez																									
Imię:	Nazwisko:																								
8. Liczba wspólników, partnerów (dane w części II wniosku)																									
9. ADRES KORESPONDENCYJNY GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">województwo:</td> <td colspan="2">powiat:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ulica:</td> <td colspan="1">Nr domu:</td> <td colspan="1">Nr lokalu:</td> </tr> <tr> <td colspan="1"><input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td colspan="3">..... kod pocztowy miejscowość:</td> </tr> <tr> <td colspan="1">..... Telefon</td> <td colspan="1">..... Telefon 2/ Faks</td> <td colspan="2">..... Telefon komórkowy</td> </tr> <tr> <td colspan="2">..... adres poczty elektronicznej</td> <td colspan="2">..... adres strony internetowej</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data rozpoczęcia działalności leczniczej</td> <td colspan="2"><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </table>		województwo:		powiat:		ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kod pocztowy miejscowość:		 Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy	 adres poczty elektronicznej	 adres strony internetowej		Data rozpoczęcia działalności leczniczej		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
województwo:		powiat:																							
ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:																						
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kod pocztowy miejscowość:																								
..... Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy																							
..... adres poczty elektronicznej	 adres strony internetowej																							
Data rozpoczęcia działalności leczniczej		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																							
10. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">..... Zakres ubezpieczenia</td> </tr> <tr> <td>Suma gwarancyjna:</td> <td>Suma ubezpieczenia:</td> </tr> <tr> <td>Okres ubezpieczenia od dnia:</td> <td>do dnia:</td> </tr> </table>	 Zakres ubezpieczenia		Suma gwarancyjna:	Suma ubezpieczenia:	Okres ubezpieczenia od dnia:	do dnia:																		
..... Zakres ubezpieczenia																									
Suma gwarancyjna:	Suma ubezpieczenia:																								
Okres ubezpieczenia od dnia:	do dnia:																								

11. Dane do akredytacji w zakresie spełniania standardów udzielania świadczeń zdrowotnych

..... Data wydania certyfikacji:	Zakres akredytacji
--	---

12. Dane do akredytacji do prowadzenia kształcenia podyplomowego

..... Data wydania certyfikacji:	Zakres akredytacji
--	---

Załączniki:

1. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
2. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
4. Kopia opinii sanitarnej.
5. Załącznik II – dane wspólnika lub partnera spółki szt.
6. Załącznik III – adresy miejsc udzielania świadczeń szt.

INFORMACJE DLA WNIOSKODAWCY

W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze należy wypełnić pozycje od 1 do 7 oraz te pozycje, które uległy zmianie.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią przepisu art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), i zobowiązuje się do zgłaszania właściwej Izbie Pielęgniarek i Położnych wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania pod rygorem możliwości nałożenia przez podmiot prowadzący rejestr kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.
- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą,
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654).

Data:		Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:
Podpis:		